Пластика пахового канала произведена по способу Бассини, в нижнем отделе раны к пупартовой связке подшита прямая мышца живота.

16/IV больная выписана в хорошем состоянии. Осмотрена в октябре 1962 г. Рецидива грыжи нет. Трудоспособность сохранена.

УДК 616.906.38.03

В. Е. Бусарев (Казань). **Болезнь Реклингаузена у родных сестер**

Н., 38 лет, поступила в нейрохирургическое отделение Казанского НИИТО 15/VI 1963 г. с жалобами на отсутствие активных движений в ногах, непостоянные острые боли в нижнегрудном отделе позвоночника, частое мочеиспускание. Боли появились 2 года назад без видимой причины. Через 1,5 года от начала заболевания на 32-й неделе беременности больная отметила нарастающую слабость в ногах, обострение болей и задержку мочеиспускания. Вскоре после нормально прошедших родов наступил полный паралич нижних конечностей. За 12 лет до начала заболевания больная дважды была оперирована. Были удалены нейрофиброматозные узлы, располагавшиеся в подкожно-жировой клетчатке правого плеча и на передней поверхности грудной клетки слева.

Больная среднего роста, упитанность удовлетворительная. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. В правой подвздошной области пальпируется болезненное опухолевидное образование 6×4 *см*, плотной консистенции, подвижное.

Черепномозговая иннервация и верхние конечности без патологических отклонений. Спастическая нижняя параплегия с выпадением всех видов чувствительности по спинальному типу с XI грудного сегмента. Нижние брюшные рефлексы не вызываются. Нарушены функции тазовых органов (недержание мочи и затруднение дефекации).

На обзорных рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях выявлены изменения типа деформирующего спондилеза.

Диагноз: Болезнь Реклингаузена со сдавлением спинного мозга на уровне $Д_9$—$Д_{10}$ позвонков; нейрофиброматозный узел в правой подвздошной области.

3/VII 1963 г. под местной анестезией произведена ляминэктомия $Д_9$—$Д_{11}$ позвонков.

После вскрытия твердой мозговой оболочки на задне-боковой поверхности спинного мозга обнаружена экстрамедуллярная инкапсулированная опухоль овальной формы, размерами 5×2,5 *см*. Опухоль удалена целиком.

Гистологический диагноз—невринома.

В ближайшем послеоперационном периоде началось восстановление функций спинного мозга (появились активные движения в коленных и голеностопных суставах, восстанавливаются все виды чувствительности).

14/VIII 1963 г. больная была переведена в неврологическое отделение для долечивания.

Сестра больной А., 30 лет, в течение 13 лет страдает нейрофиброматозом. У нее процесс также обострился после родов. К имевшимся ранее множественным нейрофибромам туловища присоединился синдром, характерный для кранио-вертебральной локализации процесса, что в последующем привело к гидроцефалии и амавротической амаврозу.

Ввиду необратимости развившихся изменений оперировать больную не представилось возможным.

Таким образом, данное наблюдение подтверждает справедливость положения о том, что наследственный фактор может иметь некоторое значение в патогенезе нейрофиброматоза. У обеих сестер поражение центральной нервной системы выявилось на фоне беременности. По-видимому, значительная гормональная перестройка привела к усилению роста опухоли.

УДК 615.7—618.2/.7

И. Д. Львовская и **Г. П. Просвирнова** (Саратов). **Опыт применения фурагина в акушерско-гинекологической практике**

В профилактических целях препарат вводился при различных оперативных вмешательствах в брюшную полость в количестве 150—200 *мл* раствора 1 : 13 000.

Температурная реакция выше 38,5° наблюдается у меньшего числа больных по сравнению с больными, у которых применялись антибиотики.

После отсасывания воспалительных выпотов иглой, проводимой через задний свод влагалища, введение фурагина (вместо антибиотиков) высокоэффективно. При этом методе мы вводили его вместе с 50—80 *мл* 0,25% раствора новокаина.

Наблюдалось положительное влияние фурагина и при трихомонадных поражениях влагалища. Хорошие результаты получены также у больных с декубитальными язвами на почве пролапса влагалища. Фурагин быстро ликвидирует патогенную флору и ускоряет возможность оперативного лечения.

Положительный эффект установлен и при использовании указанного раствора фурагина для орошения инфицированных трещин сосков в послеродовом периоде.